別記様式第１号（第５条・第６条関係）

中之条町チャイルドシート購入補助金交付申請書兼実績報告書

平成　　年　　月　　日

中之条町長　　様

住　　　所　中之条町大字

申請者　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　印

（電話番号　　　　　　　　　　　　）

次のとおり、中之条町チャイルドシート購入補助金の交付申請及び実績報告を致します。

購入品内訳	購入品目	乳児用チャイルドシート （　乳児専用　・　乳幼児兼用　・　幼児専用　）
	購入日	平成　　年　　月　　日
	購入価格	円（税込み）
補助金交付申請額		円 （購入額の１／２。１，０００円未満切り捨て、１０，０００円上限）
対象の児	氏名	
	生年月日	平成　　年　　月　　日

※添付書類　領収書（購入価格のわかる書類）・取扱説明書

振込先金融機関			銀行 農協 金庫 信用組合		本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

【町税・住民登録の閲覧同意】

私は、中之条町チャイルドシート購入補助金申請に必要な事項として「町税納入状況の閲覧」「住民登録の閲覧」について担当係員が調査閲覧することに同意します。

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

※町使用欄	町税納入状況		住民登録	

必要書類等確認 □領収書・レシート有 □購入店に確認 □定価確認 □記録確認 □取扱説明書（規格適合確認）